



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES
Изменения плана обслуживания
PLAN OF CARE AMENDMENT

ИМЯ				НОМЕР ОТДЕЛА DDD	
Номер оценки потребностей _____					
Какие действия необходимо выполнить и какие услуги/средства поддержки требуется предоставить, чтобы удовлетворить эту потребность?	Поставщик услуг/ ответственное лицо?	Отметьте, если услуга финансируется Исключительной программой	Периодичность? Ежедневно/еженедельно/ ежемесячно Объем: часов/дней/месяцев	Если услуга новая, указать дату начала ее предоставления	Получено ли предварительное разрешение, если таковое требуется?
Номер оценки потребностей _____					
Какие действия необходимо выполнить и какие услуги/средства поддержки требуется предоставить, чтобы удовлетворить эту потребность?	Поставщик услуг/ ответственное лицо?	Отметьте, если услуга финансируется Исключительной программой	Периодичность? Ежедневно/еженедельно/ ежемесячно Объем: часов/дней/месяцев	Если услуга новая, указать дату начала ее предоставления	Получено ли предварительное разрешение, если таковое требуется?
Номер оценки потребностей _____					
Какие действия необходимо выполнить и какие услуги/средства поддержки требуется предоставить, чтобы удовлетворить эту потребность?	Поставщик услуг/ ответственное лицо?	Отметьте, если услуга финансируется Исключительной программой	Периодичность? Ежедневно/еженедельно/ ежемесячно Объем: часов/дней/месяцев	Если услуга новая, указать дату начала ее предоставления	Получено ли предварительное разрешение, если таковое требуется?
Я участвовал (а) в составлении данного плана обслуживания и/или проверил (а) его и СОГЛАШАЮСЬ с описанными в нем услугами и средствами поддержки.					
УЧАСТНИК ИСКЛЮЧИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ				ДАТА	
ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ				ДАТА	
МЕНЕДЖЕР ПО ДЕЛУ/РАСПОРЯДИТЕЛЬ РЕСУРСОВ				ДАТА	



ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН ОБСЛУЖИВАНИЯ ОТДЕЛА DDD
ХОДАТАЙСТВО О РАССМОТРЕНИИ ЖАЛОБЫ,
КАСАЮЩЕЙСЯ РЕШЕНИЯ

Согласно главе 388-02 правил проведения справедливого слушания департамента DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME	TELEPHONE NUMBER
------	------------------

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

НАПРАВИТЬ: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARINGS (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

ФАКС: 360-586-6563

Я подаю ходатайство о проведении слушания в связи с тем, что я не согласен (на) со следующим решением Департамента социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS):

- Кратко объясните, что департамент DSHS сделал или не сделал (добавьте дополнительные листы, если вам требуется больше места); и
- Приложите копию уведомления, которое вы обжалуете, если это возможно.

ВАШЕ ИМЯ (ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ)	ДАТА РОЖДЕНИЯ	НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
АДРЕС ЛИЦА, ПОДАВШЕГО ХОДАТАЙСТВО О ПРОВЕДЕНИИ СЛУШАНИЯ	НОМЕР КАРТОЧКИ-УДОСТОВЕРЕНИЯ КЛИЕНТА	
ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
		НОМЕР ТЕЛЕФОНА (УКАЗАТЬ КОД РАЙОНА) <input type="checkbox"/> ТЕЛЕФОН ДЛЯ СООБЩЕНИЙ

Меня уведомили о решении: _____ : _____
ДАТА НАЗВАНИЕ И АДРЕС ОТДЕЛЕНИЯ ДЕПАРТАМЕНТА DSHS

Я хочу продолжать получать услуги, если я Да Нет Программа: _____
имею на это право:

Меня представляет (если вы собираетесь представлять себя сами, не заполняйте две следующие строки):			
ИМЯ ВАШЕГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ОРГАНИЗАЦИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
АДРЕС	УЛИЦА	ГОРОД	ШТАТ
		ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	

<input type="checkbox"/> Я разрешаю предоставлять информацию о моем слушании моему представителю.	
ВАША ПОДПИСЬ	ДАТА

Требуется ли вам переводчик или другая помощь или условия во время проведения слушания? Да Нет
Если да, то переводчик какого языка или какая помощь требуется? _____
Судьи по административным делам (Administrative Law Judge, ALJ) могут проводить некоторые слушания по телефону.
Если вы хотите проведения личного слушания, следуйте инструкциям, приведенным в Уведомлении о проведении слушания (Notice of Hearing), которое будет направлено вам вашим управлением ОАН.